南京医科大学附属逸夫医院党委

政治审查意见表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 科 室 |  | 职 称 |  | 联系电话 |  |
| 政  审  表  用  途 | 申请人：  年 月 日 | | | | |
| 科  室  主  任  意  见 | 负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 所  属  党  支  部  意  见 | 负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 党  组  织  意  见 | 负责人签名：  年 月 日 | | | | |